

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ЭРИТРОДЕРМИЙ

Мяделец В.О.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Эритродермии сопровождаются универсальным воспалительным поражением кожи, лимфаденопатией и лихорадкой и представляют значительные сложности для врача в плане диагностики. Эритродермия является тяжелой клинической формой псориаза. Псориатические эритродермии встречаются у 2,5-3% больных псориазом и никогда не бывают первичными [1,2]. Эритродермия может развиваться за счет прогрессирования обыкновенной или экссудативной формы псориаза, а также вследствие нерационального лечения псориаза в прогрессирующей стадии, избыточной инсоляции, стрессов, действия алкоголя и других факторов [1]. В 10-20% случаев причину возникновения эритродермического состояния установить не удастся [1]. Развитие эритродермического состояния обычно происходит в короткие сроки (в течение нескольких дней), реже процесс развивается медленно (недели, месяцы). Наиболее тяжело протекает аллерготоксическая форма псориатической эритродермии [1,2]. Генерализация процесса при данной форме эритродермии наступает в результате действия провоцирующих факторов, чаще всего медикаментов и алкоголя. Наряду с кожными проявлениями, характерны выраженные признаки общей интоксикации: повышение температуры тела, головная боль, мышечная слабость.

При возникновении эритродермии в результате постепенного прогрессирования псориазического процесса кожный покров принимает вид гигантской инфильтрированной бляшки с положительной псориазической триадой [1,2].

Цель исследования. Провести анализ провоцирующих факторов, клинических и патоморфологических признаков у пациентов с псориазическими эритродермиями, наблюдаемых в Витебском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2007 году.

Методы исследования. В данном исследовании использовались клинические, патоморфологические методы. Для патоморфологического исследования использовались окраски гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизон.

Результаты и обсуждение. Было проведено исследование клинических и патоморфологических признаков у 6 пациентов с псориазической эритродермией (мужчины - 4, женщины - 2), в возрасте от 44 до 72 лет. Все обследованные пациенты наблюдались в кожном отделении Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера в 2007 году.

Данное состояние у всех обследованных пациентов возникло впервые при длительности болезни псориазом от 5-ти до 23 лет. Продолжительность эритродермического состояния составляла от 1 до 8 месяцев. У одного из обследованных пациентов в течение года отмечалось 3 рецидива эритродермического состояния. Основными факторами, провоцирующими данное состояние явились: нерациональная местная терапия (2 пациента), алкоголь (2 пациента), стрессы (1 пациент). У одного пациента причину возникновения эритродермии не удалось установить.

Дерматологический статус.

У всех пациентов отмечалась обильная, сливная сыпь, которая носила распространенный характер с поражением более чем 90% поверхности кожных покровов. На коже туловища, верхних и нижних конечностей определялись множественные плоские мелкие папулы, сливающиеся в крупные бляшки. В результате чего весь кожный покров приобретал ярко-красный цвет, часто с синюшным оттенком в области нижних конечностей. На поверхности папул и бляшек определялось выраженное крупнопластинчатое шелушение серебристо-белыми чешуйками. Определялись положительные симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "кровавой росы" и феномен Кебнера. Характерными признаками были выраженная сухость, стянутость, отечность и инфильтрация кожных покровов, а также лихенизация. Поражение волосистой части головы отмечалось у 5 пациентов в виде многочисленных ярко-красных папул с мелкопластинчатым шелушением на поверхности, которые имели тенденцию к слиянию в бляшки. У всех пациентов отмечалось поражение ногтевых пластин, наиболее выраженные на нижних конечностях. Было характерно изменение окраски ногтевых пластин, ониходистрофия, а также наличие "масляных пятен", наперстковидной истонченности и подногтевой гиперкератоз. Поражение ладоней и подошв отмечалось у 5 пациентов, поражение гениталий у 2 пациентов. Регионарный лимфаденит и повышение температуры тела отмечалось у всех обследованных пациентов. Поражение слизистых не наблюдалось.

У всех пациентов производился забор биопсийного материала с последующей оценкой патоморфологической картины. При псориазической

эритродермии патоморфологические изменения были выражены как в эпидермисе, так и дерме. В результате выраженного акантоза происходило удлинение эпидермальных гребешков, которые очень глубоко проникали в подлежащую собственно кожу. Явление акантоза обусловлено значительным увеличением митотической активности кератиноцитов как базального, так и шиповатого слоев при относительно невысоком уровне апоптотической гибели клеток. Отмечались гиперкератоз, паракератоз и папилломатоз. Наблюдался выраженный межклеточный и внутриклеточный отек с расширением межклеточных промежутков, а зернистый и роговой слои на значительном протяжении полностью отсутствовали, что говорит о выраженном нарушении процессов дифференцировки кератиноцитов и эпидермиса в целом. В паракератотическом слое эпидермиса обнаруживались патогномичные для данного состояния микроабсцессы Мунро-Копытовского, состоящие из нейтрофильных гранулоцитов. В дерме отмечались выраженный отек и обильные периваскулярные инфильтраты. Периваскулярные инфильтраты в дерме состояли из лимфоцитов, макрофагов и фибробластов. В капиллярах сосочкового слоя обнаруживались деструктивно-воспалительные изменения в форме капиллярита, застойные явления, адгезия эритроцитов к эндотелию и в отдельных местах - десквамация эндотелиоцитов. В сосудах поверхностной сосудистой сети отмечались явления флебита, тромбфлебита и артериолита.

Выводы. Эритродермия является тяжелой клинической формой псориаза, характеризующейся специфическими клиническими и патоморфологическими признаками. Оценка патоморфологической картины является важным диагностическим критерием при постановке диагноза псориатической эритродермии и при дифференциальной диагностике с другими группами эритродермических состояний.

Литература:

1. К вопросу о диагностике псориатической эритродермии / Г.Н. Тарасенко [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2007. - № 2. – С. 8-12
2. Тарасенко, Ю.Г. Клинико-диагностические аспекты эритродермических поражений кожи / Ю.Г. Тарасенко, Г.Н. Тарасенко // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. - № 1. – С. 20-26.
3. Цветкова, Г.М. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи / Г.М. Цветкова, В.Н. Мордовцев. – М.: Медицина, 1986. - 301 с.